



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



DOMANDA DI RIMBORSO DEL CONTRIBUTO

I. Dati dell'assistito/a richiedente il rimborso del contributo

Nome e cognome _____

Codice dell'assistito /a _____ o del Numero CAUC _____

Indirizzo: _____
(via, numero civico, CAP e località)

Indirizzo elettronico*: _____ Numero di telefono*: _____

II. Numero del conto bancario inerente il rimborso del contributo:

Numero del conto bancario: **SI56** _____ - _____ - _____

Codice identificativo bancario (SWIFT BIC): _____

Compilare solo in caso l'assistito/a non sia titolare del conto bancario indicato

Nome e cognome dell'intestatario del conto bancario _____

Indirizzo: _____
(via, numero civico, CAP e località)

A/in _____, il giorno _____.
(luogo) (data)

(firma dell'assistito/a)

*L'indicazione dell'indirizzo e del numero di telefono non è obbligatoria

I dati personali indicati nella domanda saranno trattati dal ZZZS esclusivamente nel contesto dell'elaborazione della domanda di rimborso e nel rimborso del contributo.

Il ZZZS tutela i dati personali e fornisce e attua procedure e misure assicurative adeguate in conformità con la protezione dei dati personali. L'utente ha il diritto di accedere alle informazioni relative ai dati personali che la riguardano utilizzando l'indirizzo elettronico dpo@zzzs.si

Compilato dal ZZZS (a pagamento effettuato)

Importo del rimborso: _____

Calcolato da (nome e cognome, firma): _____ Data: _____

Corrisposto da (nome e cognome, firma): _____ Data: _____